

**Meldepflicht** besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Krankenstand.  
 Die **Meldefrist beträgt fünf Tage** (§ 129 B-KUVG i.V.m. § 363 ASVG).  
 Über Aufforderung durch die Unfallversicherung ist jedenfalls eine  
 Unfallmeldung auszufertigen (§ 16 B-KUVG).

# UNFALLMELDUNG

**Vom Dienstgeber auszufüllen!**

|  |  |                                  |  |  |
|--|--|----------------------------------|--|--|
| <b>FELD 1 Familien- und Vorname</b> (in Großbuchstaben)  |  |                                  |  | Beamte/r <input type="checkbox"/>  |
|  |  |                                  |  | Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/>   |
|  |  |                                  |  | Politiker/in <input type="checkbox"/>  |
|  |  |                                  |  | Sonstige <input type="checkbox"/>  |
| SVNr.  | Geb.Datum  | Zuständiger KV-Träger            | Fam.-Stand   | Anzahl d. Kinder unter 18 J.   |
| Anschrift  |  |                                  |  | Tel. Nr.   |
| Dienststelle (genaue Bezeichnung und Anschrift der Arbeitsstätte)  |  |                                  |  | Tel. Nr.   |
| Personalführende Stelle (genaue Bezeichnung und Anschrift)   |  |                                  |  |  |
| <b>FELD 2</b>  | Wochentag  | Datum                            | Uhrzeit  | Unfallstelle (genaue Orts- und Straßenbezeichnung)   |
| Üblicher Aufgabenbereich bzw. Funktion des/der Versicherten im Betrieb:  |  |                                  | Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignete:  |  |
| Zählt die Tätigkeit zu den dienstlichen Aufgaben des/der Versicherten? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |  |                                  |  |  |
| Bei Dienstreisen: Bestand ein Reiseauftrag? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN                            |  |                                  |  |  |
| <b>FELD 3 Verletzter Körperteil und Verletzungsart:</b>  |  |                                  |  | Vorgesehener Dienstbeginn am Unfalltag:  |
|  |  |                                  |  | Vorgesehenes Dienstende am Unfalltag:  |
| In welches Krankenhaus eingeliefert? Wann? Ambulant oder stationär?  |  |                                  |  | Krankenstand: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN                      |
| Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin (außerhalb des Spitals):   |  |                                  |  | Tod: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN                               |
| <b>FELD 4 Genaue Schilderung des Unfallherganges:</b>  |  |                                  |  |  |
|  |  |                                  |  |  |
| <b>Bei Unfällen auf Wegen</b> (z.B. Wohnung – Dienststelle, Dienstfahrten)   |  |                                  | Beim Unfallgeschehen anwesende Personen:   |  |
| Von wo ist der/die Versicherte weggegangen?  |  |                                  | <input type="checkbox"/> Verunfallte Person alleine <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen |  |
| Wohin sollte er/sie sich begeben?  |  |                                  | <input type="checkbox"/> Andere Personen (Name, Adresse, Telefonnr.):                        |  |
| Liegt die Unfallstelle am üblichen Weg zwischen diesen Orten?  |  |                                  |  |  |
| Polizeiliche Erhebungen:   |  | Anschrift der erhebenden Stelle: |  | Fremdverschulden:  |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN  |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> UNGEKLÄRT |
| <b>FELD 5</b>  | Name und Funktion des /der Dienstvorgesetzten              |                                  |  |  |
|  | Name und Funktion des/der zuständigen Ansprechpartner/s/in |                                  |  |  |
| Datum  | Amtssiegel und Unterschrift des/der Dienstvorgesetzten     |                                  | Telefon:   | Fax:   |